

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE TECNOLOGIA MÉDICA

**Programa de capacitación de partograma con curva de
alerta y cambios en el nivel de conocimientos para su
elaboración por los internos de medicina del Hospital
Nacional Dos de Mayo, enero-diciembre 2006**

TESIS

para optar el grado académico de Magister en Docencia e Investigación en
Salud

AUTOR

Jorge Renato Aparicio Ponce

Lima Perú

2007

**“PROGRAMA DE CAPACITACION DE
PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA Y
CAMBIOS EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS PARA
SU ELABORACION POR LOS INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO. ENERO – DICIEMBRE 2006”**

A mi amada esposa

INDICE

	Página
INDICE DE TABLAS	04
INDICE DE GRAFICOS	06
RESUMEN	07
ABSTRACT	08
PRESENTACION	09
CAPITULO I INTRODUCCION	10
CAPITULO II METODOLOGIA	17
CAPITULO III RESULTADOS Y DISCUSION	23
CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
ANEXOS	39

INDICE DE TABLAS

N°		Página
1	Nivel de conocimientos del parto por los internos de medicina en los tiempos t_0, t_1 y t_2	25
2	Análisis estadístico a posteriori (post hoc) de los puntajes alcanzados en las evaluaciones de conocimientos del parto en los tiempos t_0, t_1 y t_2	25
3	Nivel de conocimientos del partograma por los internos de medicina en los tiempos t_0, t_1 y t_2	27
4	Análisis estadístico a posteriori (post hoc) de los puntajes alcanzados en las evaluaciones de conocimientos del partograma en los tiempos t_0, t_1 y t_2	27
5	Nivel de aplicación en la elaboración del partograma por los internos de medicina en los tiempos t_0, t_1 y t_2	29
6	Análisis estadístico a posteriori (post hoc) de los puntajes alcanzados en las evaluaciones del nivel aplicación para la elaboración del partograma en los tiempos t_0, t_1 y t_2	29

INDICE DE GRAFICOS

N°		Página
1	Distribución por grupo etáreo de internos de medicina que recibieron el programa de capacitación de partograma con curva de alerta	22
2	Distribución por sede de procedencia de los internos de Medicina que recibieron el programa de capacitación de partograma con curva de alerta	23
3	Distribución por universidad de procedencia de los internos de Medicina que recibieron el programa de capacitación de partograma con curva de alerta	24
4	Puntajes alcanzados en la evaluación del nivel de conocimientos del parto (NCP) por los internos de medicina en los tiempos t_0, t_1 y t_2	26
5	Puntajes alcanzados en la evaluación del nivel de conocimientos del partograma (NCPA) por los internos de medicina en los tiempos t_0, t_1 y t_2	28
6	Puntajes alcanzados en la evaluación del nivel de aplicación en la elaboración del partograma (NAPA) por los internos de medicina en los tiempos t_0, t_1 y t_2	30

PRESENTACION

El trabajo de parto constituye la última etapa de la gestación con la cual debe culminar un largo periodo de espera materno para la obtención de un nuevo ser. A pesar que durante los nueve meses que dura el embarazo, se haya tenido un control prenatal adecuado, durante el trabajo de parto pueden presentarse complicaciones que al no ser detectadas adecuadamente pueden traer desenlaces hasta fatales tanto para la madre como para el feto. Para evitar estas complicaciones en Obstetricia nos valemos de instrumentos que nos permitan detectar estas anomalías oportunamente, y hacer las correcciones pertinentes.

Uno de estos instrumentos es el denominado Partograma con Curva de Alerta. Este instrumento fue elaborado en el año 1987 en el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, y es el partograma más usado en los principales hospitales de Lima, incluido el Hospital Nacional "Dos de Mayo"

Por otro lado, el proceso enseñanza aprendizaje en Medicina Humana impartido por las diferentes Facultades de Medicina, sigue basándose en el modelo pedagógico de la transmisión, favoreciendo un método memorístico y sin sentido crítico. Son pocas las Facultades que intentan cambiar el modelo pedagógico de antaño dando un enfoque constructivista al proceso enseñanza aprendizaje, en el que se favorece el sentido crítico del alumno, pasando el profesor a ser un facilitador o tutor.

A pesar de lo importante del uso del Partograma, en la práctica clínica, se ha observado que en el Hospital Nacional "Dos de Mayo", una sede docente donde confluyen Internos de Medicina de diversas universidades, este instrumento no es empleado de forma correcta, tanto en su ejecución, como en su elaboración oportuna.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue el de determinar los cambios en el nivel de conocimiento para la elaboración del Partograma con Curva de Alerta por los Internos de Medicina luego de recibir un Programa de Capacitación.

Participaron 72 internos de medicina del Hospital Nacional “Dos de Mayo” durante el 2006. Al inicio se aplicó un cuestionario y lista de cotejo determinando los niveles de conocimientos y aplicación previos. Luego recibieron el programa de capacitación “Partograma con curva de alerta”. Nuevamente se aplicaron el cuestionario y la lista de cotejo, a mitad y final del estudio. Se organizaron los datos en SPSS 13.0. Se emplearon las pruebas t de student, Análisis de Varianza ANOVA y Test de Scheffe, con $p < 0.05$.

Se obtuvieron los siguientes resultados. El 62.5% fueron mujeres. La edad promedio fue 24.90 ± 2.53 años. 70.8% realizó el curso de Obstetricia en sedes del MINSA. 73.6% procedía de una universidad particular. El nivel de conocimientos del parto fue regular, regular-bueno y bueno al inicio, mitad y final del estudio ($p < 0.001$). El nivel de conocimientos del partograma fue malo, regular y regular-bueno ($p < 0.001$). El nivel de aplicación en la construcción del partograma fue malo-muy malo, bueno y muy bueno ($p < 0.001$).

Se concluye que el programa de capacitación logró cambios estadísticamente significativos en el nivel de conocimientos y aplicación para la construcción del partograma en los Internos de Medicina.

Palabras claves: *partograma, curva de alerta, capacitación*

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the changes in the level of knowledge to construct the Partograph with Alert Curve by medical interns after a training program. A total of 72 medical interns at the “Dos de Mayo” National Hospital during 2006, were included in the study. At the beginning of rotation they filled out a questionnaire with closed answers and a check list to determine previous knowledge and application levels. After this, the training program “Partograph with Alert Curve” was carried out. Subsequently, both questionnaire and check list, were filled out at the middle and at the end of the rotation. SPSS.13 program was used for data organization. T student test, ANOVA and the Scheffe test were used, with $p < 0,05$.

The results were the following: 62.5% were females. The average age was 24.90 ± 2.53 years old. 70.8% of the medical interns took the Obstetric academic course in any of the Ministry Health Care hospitals, 73.6% came from private universities. The level of knowledge about labour were regular, from regular to good and good when the measurements were done at the beginning, middle and at the end of the rotation respectively ($p < 0.001$). The level of knowledge about partograph were bad, regular and from regular to good ($p < 0.001$). A levels in partograph construction were from the worst to bad, good and very good ($p < 0.001$).

The conclusion of the study was the following: the training program achieved statistical significant changes in the knowledge and application levels for the partograph construction in medical interns.

Key words: *partograph, alert curve, training*

CAPITULO I

INTRODUCCION

Por lo mencionado anteriormente surge un problema por resolver, es decir por qué siendo un instrumento tan importante, desde la formación de pre grado, los estudiantes no traen conocimientos sólidos del tema en cuestión, y es mas, lo más probable es que terminado el Internado tampoco los hayan adquirido.

La respuesta a esto tiene dos puntos, uno es que en los contenidos de los sílabos de las diferentes universidades no se le da la debida importancia al tema, y el otro a que la metodología utilizada en el proceso enseñanza aprendizaje no sea la correcta.

Ante lo mencionado se plantea el siguiente problema: ¿Cuáles son los cambios en el nivel de conocimientos para la elaboración del Partograma con Curva de alerta por los Internos de Medicina del Hospital Nacional “Dos de Mayo” luego de recibir un Programa de Capacitación?

El estudio del problema planteado se justifica ya que los médicos egresados deben poseer el dominio del partograma, ya que son ellos los que controlan y asisten partos de bajo riesgo obstétrico, sin saber en que momento se puede presentar una complicación del trabajo de parto, la cual debe ser diagnosticada y tratada oportunamente.

Por ésta razón se realizó el presente estudio, cuyo objetivo general determinar los cambios en el nivel de conocimientos para la elaboración del partograma con curva de alerta por los Internos de Medicina del Hospital Nacional “Dos de Mayo” durante el año 2,006, luego de recibir el programa de capacitación “Partograma con curva de alerta”, y los objetivos específicos fueron:

- Determinar el cambio en el nivel de conocimientos sobre parto y partograma por los Internos de Medicina del Hospital Nacional “Dos de Mayo” que recibieron el programa de capacitación “Partograma con curva de alerta”.
- Determinar el cambio en el nivel de aplicación para la elaboración del partograma por los Internos de Medicina del Hospital Nacional “Dos de Mayo” que recibieron el programa de capacitación “Partograma con curva de alerta”

El trabajo de parto y el parto constituyen un proceso fisiológico que va a culminar con la expulsión del feto y de los anexos a través del canal del parto. Ocurre por la fuerza contráctil del útero, lo cual permite el borramiento y dilatación del cuello uterino.

El análisis de la progresión del trabajo de parto fue realizado por Friedman y cols ^{1,2} en la década del 50. Efectuaron una representación gráfica, en la cual describían una fase a la cual denominaron latente, caracterizada por el borramiento y dilatación cervical hasta los 4 cm. Luego a ésta, le sucedía la fase activa, que se caracterizaba por un período de rápida progresión de la dilatación (aceleración), seguido de otro caracterizado por un enlentecimiento de la dilatación hacia los 9-10 cm (desaceleración), antes del inicio del período expulsivo. Gráficamente se representaba a la dilatación cervical, a lo largo del tiempo, como una curva sigmoidea, y al descenso de la presentación como una curva hiperbólica.

En las décadas del 60 y 70 se realizaron muchas investigaciones sobre la progresión del trabajo de parto, con el fin de construir bases científicas para intervenciones y prevención del trabajo de parto prolongado ^{3,4}.

En la región, en el año 1987 se adoptó el Partograma con Curvas de Alerta ⁵ diseñado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano con sede en Montevideo Uruguay, el cual ayuda a marcar el límite extremo (percentilo 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo en base a datos que incluyen el 90% de la totalidad de partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspasar ese límite, estén mostrando un enlentecimiento, es decir un trabajo de parto disfuncional, que requiere mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan por lo tanto, tiempo

suficiente para permitir la corrección de la anomalía. Su uso en la región ⁶, demuestra que su aplicación es de utilidad en la atención del trabajo de parto y en la identificación oportuna de anomalías.

Estos primeros partogramas fueron un aporte valioso en la monitorización del trabajo de parto para ayudar a identificar la progresión de este y a las mujeres que pudieran necesitar una intervención ^{7,8,9}. Además hicieron posible la elaboración de un partograma por la Organización Mundial de la Salud ¹⁰, el cual fue desarrollado como un estándar internacional en 1988. En 1990-1991, para evaluar el impacto de este nuevo partograma, la OMS condujo un estudio multicéntrico, incluyendo más de 35,000 mujeres de Indonesia, Malasia y Tailandia. El estudio demostró que cuando el partograma fue introducido en la práctica clínica asociado a un manejo protocolizado, se redujeron el número de trabajo de parto prolongados (aquellos mayores de 18 horas), la necesidad de acentuaciones con oxitocina, los niveles de cesárea, y la incidencia de infección. Como resultado de este estudio, la OMS recomendó la utilización universal del partograma¹¹.

Los partogramas han demostrado a lo largo del tiempo tener eficacia para la monitorización del trabajo de parto y la identificación de aquellas mujeres que necesitan una intervención obstétrica. Comúnmente los partogramas han seguido los trabajos de Friedman y Philpott ^{1, 2, 3, 4}, básicamente establecidos según el progreso de la dilatación cervical en primigestas.

Con el conocimiento que el trabajo de parto tiene una progresión más rápida en las multíparas, se han evaluado los partogramas en estas mujeres ^{12, 13} obteniéndose resultados que ofrecen bases objetivas para el manejo de la fase activa de la dilatación.

Sin embargo, han surgido controversias acerca de si se debe monitorizar con el partograma la fase latente de la dilatación ¹⁴, y cual es el momento adecuado para una intervención. Así, se grafican a través del tiempo las llamadas líneas de alerta y acción ¹⁵, teniendo una base para tomar las medidas correctivas del caso y evitar las complicaciones respectivas. Además, con el uso del partograma se ha propuesto el

manejo médico activo del trabajo de parto ^{16,17}, no habiendo aun demostrado un beneficio sobre la duración del trabajo de parto.

En nuestro medio, se recomienda la utilización del partograma modificado de la Organización Mundial de la Salud ¹⁸, sin embargo existen instituciones de renombre que aun utilizan el partograma con curvas de alerta del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano ⁵.

En lo referente al punto de vista pedagógico, desde 1948, un grupo de educadores asumió la tarea de clasificar los objetivos educativos. Se propusieron desarrollar un sistema de clasificación teniendo en cuenta tres aspectos: el cognitivo, el afectivo y el psicomotor. El trabajo del apartado cognitivo se finalizó en 1956 y normalmente se conoce con el nombre de Taxonomía de Bloom. La idea central de esta taxonomía es qué han de desear los educadores que los alumnos sepan, es decir, cuáles son los objetivos educacionales. Tienen una estructura jerárquica que va del más simple al más complejo o elaborado, hasta llegar al de la evaluación.

Cuando los educadores elaboran programas han de tener en cuenta estos niveles y, mediante las diferentes actividades, ir avanzando progresivamente de nivel hasta llegar a los más altos ¹⁹. Este apartado, el cognitivo, tiene seis niveles: conocimiento, comprensión, aplicación, análisis, síntesis y evaluación; habiendo sido revisados por Anderson quien los clasifica en: memorizar, comprender, aplicar, analizar, evaluar y crear ²⁰. El conocimiento se refiere a la observación y recuerdo de información aprendida; conocimiento de fechas, eventos, lugares; conocimiento de las ideas principales; dominio de la materia. La comprensión viene a ser entender la información; captar el significado; trasladar el conocimiento a nuevos contextos; interpretar hechos; comparar, contrastar; ordenar, agrupar; inferir las causas, predecir las consecuencias. Mientras que la aplicación es hacer uso de la información; utilizar métodos, conceptos, teorías, en situaciones nuevas; solucionar problemas usando conocimientos.

En nuestro medio el proceso de enseñanza aprendizaje en ciencias de la salud todavía es aun predominante el uso del modelo pedagógico de la transmisión ²¹, es decir el expositivo, favoreciéndose la repetición, la falta de sentido crítico, la

rutina en la docencia y la pasividad en el aprendizaje. Sin embargo, el proceso actual ha ido demostrando que la educación de adultos debe centrarse en el estudiante y los métodos tradicionales deben dejar el lugar a formas más productivas. Las estrategias de la educación basada en problemas han ido difundiéndose en forma rápida y esto es corroborado en múltiples publicaciones ²², dándose actualmente un enfoque constructivista al proceso de enseñanza aprendizaje.

De ésta manera el sentido del profesor de antaño cambia al de facilitador o tutor ²³, en la cual la función es la de contribuir al aprendizaje de un proceso simple, interactivo, productivo y bien enfocado hacia el logro de objetivos claramente definidos. En su rol de facilitar al estudiante la construcción de conocimientos, el tutor debe motivar a este, generando curiosidad y despertando la inquietud por descubrir ²⁴.

Si bien es una preocupación en nuestro medio y gran parte del continente el como educar a los futuros médicos para dar respuesta a los problemas de salud, perfeccionando el proceso de formación de los recursos humanos en salud y satisfacer las necesidades de la población ^{25,26}, llama la atención encontrar escasos antecedentes de investigaciones sobre el tema ^{27,28}. Es decir que en las publicaciones médicas se denota la falta de interés por investigaciones sobre docencia en las carreras de salud.

La hipótesis del estudio es la siguiente:

El Programa de Capacitación en Partograma con Curva de Alerta impartido a los Internos de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo logrará en ellos un cambio en el grado de conocimientos y aplicación para que elaboren correcta y oportunamente el partograma.

Para una mejor comprensión del estudio se han definido los siguientes términos:

- **APLICACION:** es hacer uso de la información; utilizar métodos, conceptos, teorías, en situaciones nuevas; solucionar problemas usando conocimientos.

- **CAMBIO:** es la transformación de un estado anterior hasta su estado posterior, que le sucede.
- **CONOCIMIENTO:** se refiere a la observación y recuerdo de información aprendida; conocimiento de fechas, eventos, lugares; conocimiento de las ideas principales; dominio de la materia
- **CUESTIONARIO:** instrumento que consiste de un conjunto de preguntas respecto a las variables a medirse. Es de tipo individual cuando el encuestado contesta de forma individual por escrito y sin que intervenga para nada el encuestador.
- **CURVA DE ALERTA:** recurso práctico para evaluar el progreso del parto. Límite extremo (percentilo 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo. Alerta precozmente frente a un enlentecimiento por una posible distocia.
- **ELABORACION:** acción y efecto de elaborar, Transformar una cosa u obtener un producto por medio de un trabajo adecuado.
- **ENFOQUE CONSTRUCTIVISTA:** enfoque del proceso enseñanza aprendizaje en el cual se adopta el modelo pedagógico de la problematización basado en la teoría constructivista, donde el alumno es el constructor de sus propios conocimientos.
- **FACILITADOR:** también llamado tutor, es uno de los actores del proceso enseñanza aprendizaje cuya función es la de contribuir al aprendizaje de un proceso simple, interactivo, productivo y bien enfocado hacia el logro de objetivos claramente definidos. En su rol de facilitar al estudiante la construcción de conocimientos, el tutor debe motivar a este, generando curiosidad y despertando la inquietud por descubrir.
- **INTERNO DE MEDICINA:** alumno del séptimo año de la carrera de Medicina Humana que desarrolla actividades prácticas. Tiene como pre requisitos todas las asignaturas de la carrera profesional y se divide en Internado en Cirugía, Pediatría, Medicina y Obstetricia
- **LISTA DE CONTROL:** instrumento basado en la técnica de la observación. Se usa para detectar la presencia o ausencia de determinadas características.
- **NIVEL:** situación alcanzada por alguien después de un proceso.

- **PARTOGRAMA:** es la representación gráfica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cérvix y del descenso de la presentación en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto
- **PREGUNTA CERRADA:** es un tipo de pregunta de un cuestionario, que contiene una lista de posibilidades, para que el encuestado pueda contestar. Todas las personas que responden se basan en un mismo conjunto de posibles respuestas.
- **PROGRAMA DE CAPACITACION:** conjunto de procesos dirigido a complementar una educación inicial. Requiere de un periodo de planeamiento para establecer la metodología, el diseño de actividades, la definición de competencias, la selección de contenidos y su organización. Para su ejecución requiere un soporte logístico adecuado.
- **SILABO:** producto final de la planificación educativa microcurricular. Es una programación en la cual se da una visión general de lo que habrá que desarrollarse.

CAPITULO II

METODOLOGIA

El estudio es de tipo Analítico-Longitudinal-Observacional-Prospectivo.

Debido a la falta de estudios previos sobre el tema se diseñó la investigación basada en los objetivos buscados. De ésta manera según su finalidad se diseñó un estudio de tipo analítico en la cual se buscaba una relación de causa efecto entre las variables, es decir como cambiaban los niveles de conocimiento y aplicación luego de recibir el programa de capacitación. Si bien la estructura de tener datos previos y posteriores a una intervención, y sin contar con un grupo control nos define a un estudio tipo cuasi experimental, la investigación no buscaba validar el programa de capacitación; más aun cuando el programa fue diseñado para llevarlo a cabo en la institución mencionada basado en el partograma que allí se utiliza, y que no es el mismo utilizado en todos los grandes hospitales.

Es decir que se diseñó un estudio observacional para ver los efectos, o como cambiaban dichos niveles a causa del programa de capacitación.

Como se observaron y midieron estos cambios durante los tres meses que duraba la rotación de los Internos de Medicina, según la secuencia temporal se diseñó un estudio longitudinal.

Por último, la investigación tuvo un inicio anterior a los hechos estudiados, recogándose los datos conforme iban sucediendo, siendo un estudio prospectivo.

El estudio se realizó en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional "Dos de Mayo", de Enero a Diciembre de 2,006.

La población fueron los Internos de Medicina que rotaron por el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional "Dos de Mayo" durante el año 2,006. Fueron incluidos en el estudio todos los Internos de Medicina que rotaron de Enero a Diciembre de 2006, que en total fueron 72.

Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- **Criterios de inclusión:** fueron incluidos en el estudio aquellos internos de medicina que estaban rotando por el Departamento de Ginecología y Obstetricia firmaron el consentimiento informado y que asistieron a todas las actividades programadas según el sílabo del Programa de Capacitación en Partograma con Curva de Alerta.
- **Criterios de exclusión:** fueron excluidos del estudio aquellos internos de medicina que a pesar de estar rotando por el Departamento de Ginecología y Obstetricia no firmaron el consentimiento informado, no asistieron a las actividades programadas según el sílabo del Programa de Capacitación en Partograma con Curva de Alerta, o lo hicieron parcialmente

La recolección de datos se realizó directamente por el investigador. Se hizo uso de las técnicas de la Encuesta y de la Observación. Para esto se elaboraron como Instrumentos un Cuestionario Individual con preguntas cerradas, con el cual se midió el nivel de conocimientos, y una Lista de Cotejo, para detectar la presencia o ausencia de determinadas características en la construcción del partograma por parte de los Internos de Medicina.

Se procedió a la validación de los Instrumentos mediante un Juicio de Expertos, para lo cual se contó con la colaboración de diez expertos en relación al tema, tomando en cuenta sus sugerencias.

Se realizó el Análisis Factorial para evaluar la validez de los Instrumentos utilizados (Cuestionario y Lista de Cotejo), y para evaluar la relación entre los ítems, y poder determinar cuales eran los ítems más relevantes. Los resultados del Análisis Factorial indican una validez de los Instrumentos utilizados del 66% según se puede observar en la tabla siguiente:

ANALISIS FACTORIAL

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
NCP(A)	3,629	40,323	40,323	3,629	40,323	40,323
NCP(I)	1,261	14,006	54,329	1,261	14,006	54,329
NCP(D)	1,053	11,704	66,033	1,053	11,704	66,033
NCPa(A)	,876	9,734	75,768			
NCPa(I)	,687	7,634	83,402			
NCPa(D)	,513	5,696	89,098			
NAPa(A)	,435	4,829	93,927			
NAPa(I)	,339	3,764	97,691			
NAPa(D)	,208	2,309	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

NCP = Nivel de Conocimientos Parto

NCPa = Nivel de Conocimientos Partograma

NAPa = Nivel de Aplicación para la elaboración del Partograma

(A) = Antes

(I) = Intermedio

(D) = Después

Por otro lado se realizó el Coeficiente Alfa de Cronbach, como se aprecia en la tabla siguiente, lográndose una Confiabilidad del 74 %.

R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)				
1.	V1	NCP_A		
2.	V2	NCP_I		
3.	V3	NCP_D		
4.	V4	NCPA_A		
5.	V5	NCPA_I		
6.	V6	NCPA_D		
7.	V7	NAPA_A		
8.	V8	NAPA_I		
9.	V9	NAPA_D		
Item-total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
V1	75,3056	192,6183	,3101	,7386
V2	73,4444	183,2254	,5894	,7143
V3	72,6111	191,0444	,4201	,7305
V4	77,0556	184,0540	,4039	,7269
V5	74,6667	191,3714	,5466	,7263
V6	74,1389	203,7230	,2410	,7481
V7	76,9444	102,9683	,6184	,7326
V8	67,3889	124,5302	,7275	,6523
V9	63,5556	171,1111	,5611	,7036
Reliability Coefficients				
N of Cases = 36,0			N of Items = 9	
Alpha = ,7448				

Los datos obtenidos utilizando las técnicas e instrumentos mencionados, fueron organizados en una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 13.0. Se utilizaros gráficos y tablas para su presentación.

Para el análisis estadístico univariado (descriptivo) se tomó en cuenta la universidad de procedencia, la sede docente donde se realizó el curso de Obstetricia, el sexo, y la edad de los Internos de Medicina calculándose frecuencias y porcentajes para variables cualitativas así como la media, desviación estándar y varianza para variables cuantitativas.

Para el análisis inferencial, se empleó las pruebas t de student para muestras independientes y el Análisis de Varianza ANOVA de una vía previa demostración de la homogenicidad de varianzas. Como análisis a posteriori (post hoc) se empleó el Test de de Scheffe.

Los cálculos fueron realizados con un nivel de significancia $\alpha=0.05$ y un intervalo confianza de 95%.

Para llevar a cabo el presente estudio se obtuvo la autorización de la Dirección del Hospital Nacional "Dos de Mayo" a través de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación. El trabajo fue autorizado habiendo sido evaluado por el Comité de Etica de la Institución.

La duración de la rotación del internado por el Departamento de Ginecología y Obstetricia es de tres meses. Durante la primera semana de rotación se aplicó, a los internos que ingresaban al estudio, el cuestionario y la lista de cotejo, con el fin de obtener resultados sobre los conocimientos previos con que iniciaban la rotación, es decir previo a que reciban el programa de capacitación.

Durante la segunda y tercera semanas de rotación se realizó el programa de capacitación. Se elaboró un programa con un enfoque del proceso enseñanza de tipo constructivista, dando énfasis al alumno como centro del proceso, y asumiendo el investigador un rol de facilitador. Se aplicó el modelo de la problematización, teniendo el Interno una participación activa. Se hizo uso de herramientas didácticas tales como exposiciones dialogadas, presentación de casos clínicos, observación de situaciones clínicas, demostraciones. Se usaron maquetas.

El programa se desarrolló bajo la modalidad presencial. Además se brindó tutoría a aquellos Internos que se detectaron que no lograban los avances de acuerdo al programa. Esa tutoría no se esperó a que sea solicitada por el Interno, sino que fue dirigida según se detectaba el caso mediante la evaluación continua.

A mitad de la rotación, y al final de la misma se volvieron a aplicar el cuestionario y la lista de cotejo para observar los cambios producidos a través del tiempo, luego de recibir el programa de capacitación.

CAPITULO III

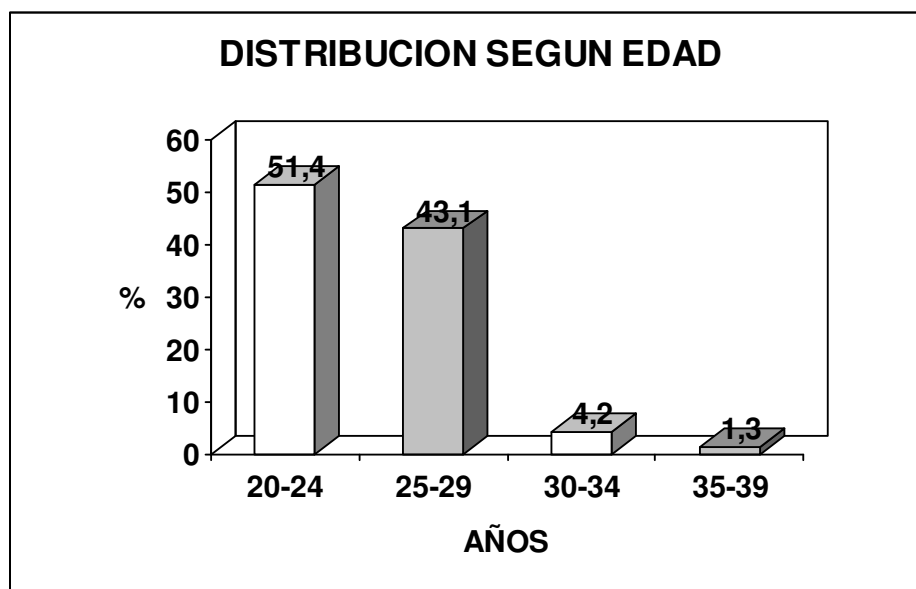
RESULTADOS Y DISCUSION

RESULTADOS

CARACTERISTICAS GENERALES

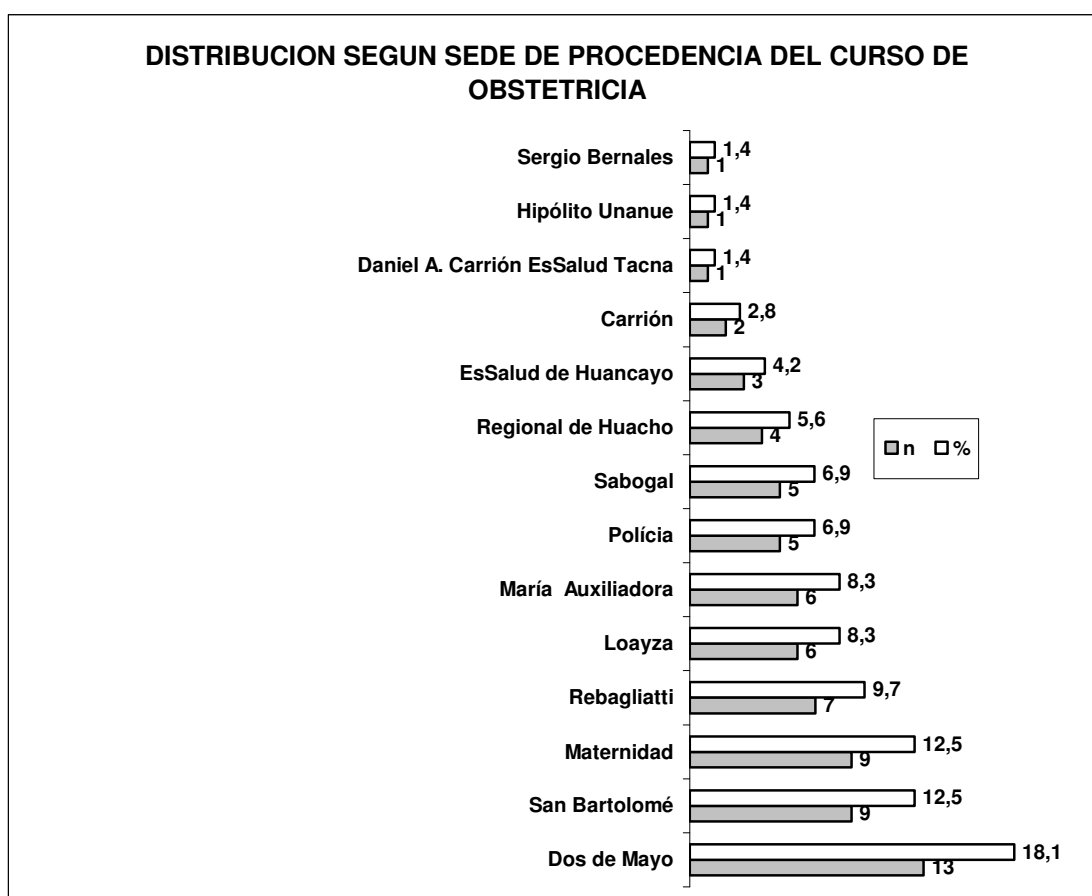
Un total de 72 internos de medicina recibieron el programa de capacitación del partograma con curva de alerta. Con respecto a la distribución por género, el 37.5 % correspondió al sexo masculino y el 62.5 % al sexo femenino; la edad promedio fue de 24.90 ± 2.53 años con un rango de 22 a 35 años y el grupo etáreo predominante fue el situado entre los 20 a 24 años (51.4 %) como se puede apreciar en el gráfico 1.

GRÁFICO 1: Distribución por grupo etáreo de internos de medicina que recibieron el programa de capacitación de partograma con curva de alerta



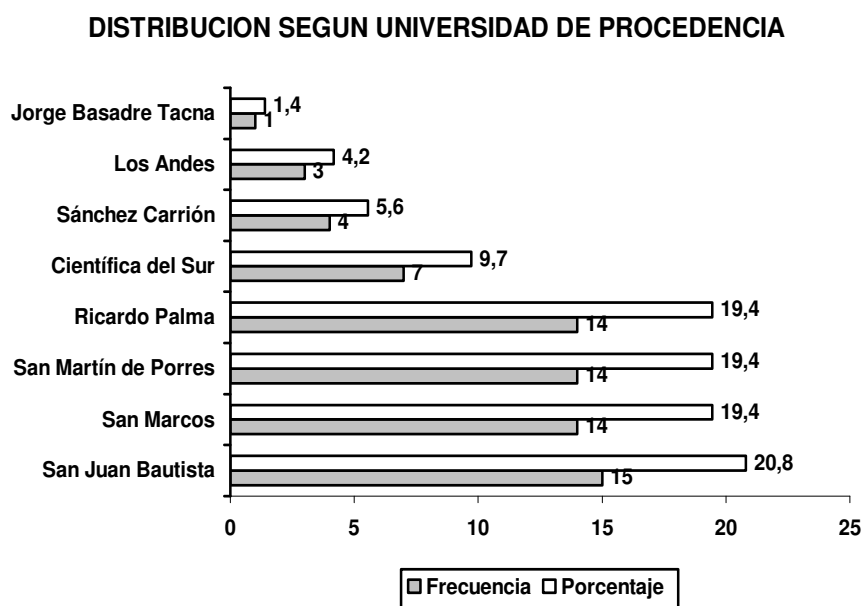
El análisis de las sedes de procedencia mostró que el 70.8 % realizó el curso de Obstetricia en una sede del Ministerio de Salud, el 22.2 % lo realizó en una sede de EsSalud y el 6.9 % en una sede de las Fuerzas Armadas. Las sedes de procedencia con mayor número de internos fueron el Hospital Nacional Dos de Mayo (18.06 %), Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (12.5 %), Instituto Especializado Materno Perinatal (12.5 %) y el Hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martins (9.72 %) tal como puede apreciarse en el gráfico 2.

GRÁFICO 2: Distribución por sede de procedencia de los internos de Medicina que recibieron el programa de capacitación de partograma con curva de alerta.



El análisis de la Universidad de procedencia permitió evidenciar que el 26.4 % procedía de alguna universidad nacional y el 73.6 % de una universidad particular. Las universidades que aportaron la mayor frecuencia de internos fueron San Juan Bautista (20.83 %), Universidad Nacional Mayor de San Marcos (19.44 %), San Martín de Porres (19.44 %) y Ricardo Palma (19.44 %). Esto se puede apreciar en el gráfico 3.

GRÁFICO 3: Distribución por universidad de procedencia de los internos de Medicina que recibieron el programa de capacitación de partograma con curva de alerta.



NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PARTO

El nivel de conocimientos del parto de los internos de medicina en el tiempo t_0 fue predominantemente regular (38 internos) lo cual mejoró en el tiempo t_1 donde la calificación fue regular o buena y en el tiempo t_2 donde 40 internos alcanzaron el nivel de conocimientos bueno (Ver tabla 1).

**TABLA 1: Nivel de conocimientos del parto por los internos
de medicina en los tiempos t_0 , t_1 y t_2**

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	t_0	t_1	t_2
MALO	19	07	01
REGULAR	38	33	31
BUENO	15	32	40
TOTAL	72	72	72

Al evaluarse el nivel de conocimientos sobre el parto de los internos de medicina en función al puntaje obtenido en los cuestionarios implementados al inicio de la rotación o basal (t_0), al final de la séptima semana de rotación (t_1) cuando han concluido las fases de capacitación y tutoría en la práctica clínica y al final de rotación en la décimo tercera semana (t_2) se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) con un aumento significativo de los puntajes en cada estación en comparación con la inmediata anterior. El análisis estadístico a posteriori puede apreciarse en la tabla 2 y la distribución de los puntajes de los test en el gráfico 3. La sede hospitalaria ($p = 0.485$) así como el tipo de universidad de procedencia nacional o privada ($p = 0.422$) no influyeron en el puntaje basal de los internos en el t_0 .

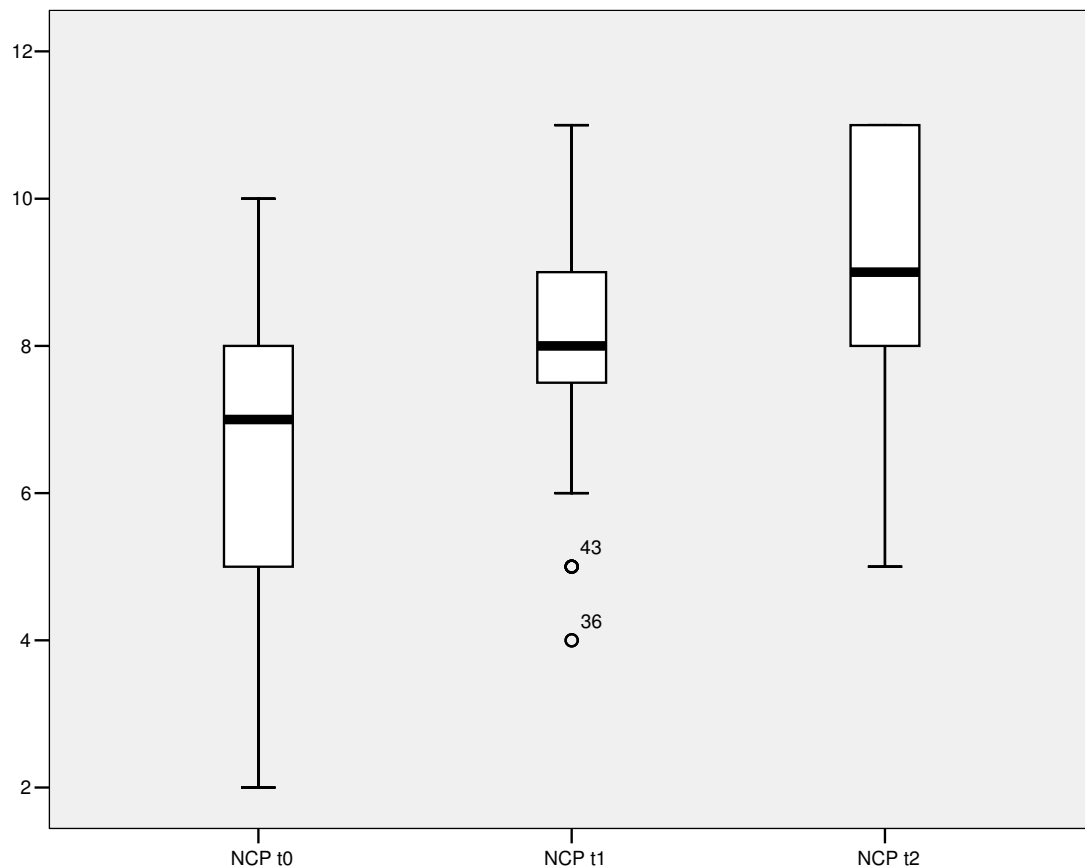
**TABLA 2: Análisis estadístico a posteriori (post hoc) de los puntajes
alcanzados en las evaluaciones de conocimientos del parto en los tiempos t_0 ,
 t_1 y t_2**

MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	PUNTAJE PROMEDIO	DIFERENCIA ESTADÍSTICA
t_0	6.76 ± 1.81	a,b
t_1	8.13 ± 1.62	b,c
t_2	8.90 ± 1.66	a,c

Basado en un puntaje máximo de 11

a: diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con t_1 .
b: diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con t_2 .
c: diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con t_0 .

GRÁFICO 4: Puntajes alcanzados en la evaluación del nivel de conocimientos del parto (NCP) por los internos de medicina en los tiempos t_0 , t_1 y t_2



(*) Basado en un puntaje máximo de 11 puntos.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PARTOGRAMA

El segundo parámetro evaluado en los internos de medicina fue el nivel de conocimientos sobre el partograma. El nivel de conocimientos del partograma de los internos de medicina en el tiempo t_0 fue predominantemente malo (44 internos) lo cual mejoró en el tiempo t_1 donde la calificación fue regular y en el tiempo t_2 donde el nivel de conocimientos fue predominantemente regular (56/72) o bueno (12/72) como se puede observar en la tabla 3.

TABLA 3: Nivel de conocimientos del partograma por los internos de medicina en los tiempos t_0 , t_1 y t_2

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	t_0	t_1	t_2
MALO	44	08	04
REGULAR	27	62	56
BUENO	01	02	12
TOTAL	72	72	72

En función al puntaje obtenido en los cuestionarios aplicados al inicio de la rotación o basal (t_0), al final de la séptima semana de rotación (t_1) cuando han concluido las fases de capacitación y tutoría en la práctica clínica, y al final de rotación en la décimo tercera semana (t_2) encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). Esto se puede observar en la tabla 4, así como en el gráfico 4. La sede hospitalaria ($p = 0.598$) así como el tipo de universidad de procedencia nacional o privada ($p = 0.773$) no influyeron en el puntaje basal de los internos en el t_0 .

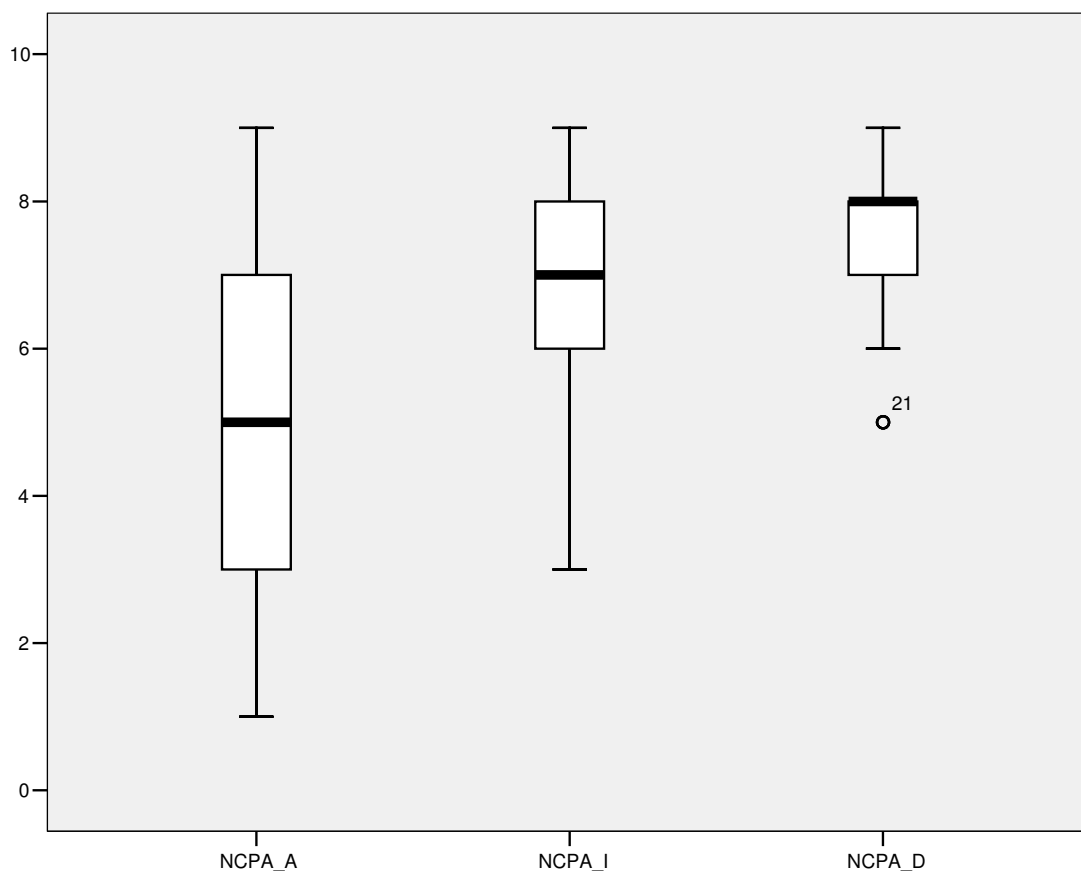
TABLA 4: Análisis estadístico a posteriori (post hoc) de los puntajes alcanzados en las evaluaciones de conocimientos del partograma en los tiempos t_0 , t_1 y t_2

MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	PUNTAJE PROMEDIO	DIFERENCIA ESTADÍSTICA
t_0	4.89 \pm 1.94	a,b
t_1	6.94 \pm 1.16	b,c
t_2	7.64 \pm 1.04	a,c

Basado en un puntaje máximo de 9

- a: diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con t_1 .
- b: diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con t_2 .
- c: diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con t_0 .

GRÁFICO 5: Puntajes alcanzados en la evaluación del nivel de conocimientos del partograma (NCPA) por los internos de medicina en los tiempos t0, t1 y t2



(*) Basado en un puntaje máximo de 9 puntos.

NIVEL DE APLICACION EN LA ELABORACION DEL PARTOGRAMA

El nivel de aplicación en la elaboración del partograma por los internos de medicina en el tiempo t_0 fue predominantemente malo o muy malo (50 internos) lo cual mejoró en el tiempo t_1 donde 57 internos obtuvieron calificación de bueno o muy bueno y en el tiempo t_2 donde 71 alcanzaron la calificación de bueno o muy bueno (Ver tabla 5).

TABLA 5: Nivel de aplicación en la elaboración del partograma por los internos de medicina en los tiempos t_0 , t_1 y t_2

NIVEL DE APLICACION	t_0	t_1	t_2
MUY MALO	44	1	0
MALO	6	1	0
REGULAR	15	13	1
BUENO	7	34	15
MUY BUENO	0	23	56
TOTAL	72	72	72

Finalmente se evaluó el nivel de aplicación en la elaboración del partograma en función al puntaje obtenido en las listas de cotejo aplicadas en los tiempos t_0 , t_1 y t_2 ya definidos encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$). El análisis estadístico a posteriori puede apreciarse en la tabla 6. La sede hospitalaria ($p = 0.101$) así como el tipo de universidad de procedencia nacional o privada ($p = 0.550$) no influyeron en el puntaje basal de los internos en el t_0 .

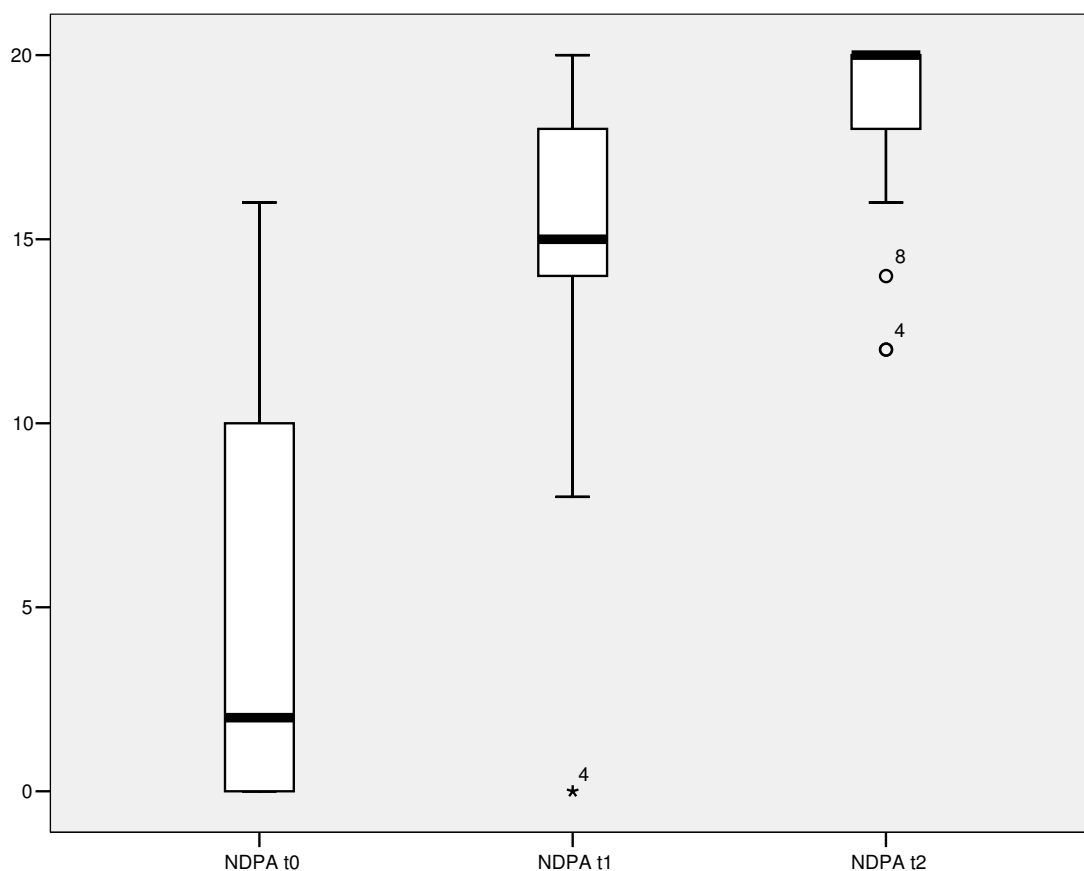
TABLA 6: Análisis estadístico a posteriori (post hoc) de los puntajes alcanzados en las evaluaciones del nivel aplicación para la elaboración del partograma en los tiempos t_0 , t_1 y t_2

MOMENTO DE LA EVALUACIÓN	PUNTAJE PROMEDIO	DIFERENCIA ESTADÍSTICA
t_0	4.81 \pm 5.41	a,b
t_1	15.14 \pm 3.69	b,c
t_2	18.58 \pm 1.99	a,c

Basado en un puntaje máximo de 20

- a: diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con t_1 .
- b: diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con t_2 .
- c: diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con t_0 .

GRÁFICO 6: Puntajes alcanzados en la evaluación del nivel de aplicación en la elaboración del partograma (NAPA) por los internos de medicina en los tiempos t_0 , t_1 y t_2



(*) Basado en un puntaje máximo de 20 puntos.

DISCUSION

El estudio demuestra que el Programa de Capacitación de Partograma con Curva de Alerta cambia el nivel de conocimientos sobre parto y partograma, así como el nivel de aplicación para la elaboración del partograma por parte de los Internos de Medicina.

Si bien los 72 internos que intervinieron en el estudio procedían de diferentes Facultades de Medicina a nivel nacional, y a su vez realizaron el curso de Obstetricia en diferentes sedes hospitalarias, esto no tuvo diferencia estadísticamente significativa en los puntajes basales que obtuvieron, cuando se exploraron los conocimientos previos con que contaban antes de recibir el programa de capacitación. Es importante remarcar esto, ya que en los silabos de las diferentes facultades no se brinda igual importancia a la enseñanza de este instrumento.

Sin embargo, los puntajes basales (t_0) para los conocimientos sobre partograma y para la aplicación en la elaboración del partograma fueron malo y muy malo respectivamente, como se aprecia en las tablas 3 y 5. Lo cual confirma lo detectado en la práctica clínica rutinaria de ésta falencia con la cual inician sus actividades los Internos de Medicina, sobre el tema. Además, en los diferentes hospitales a nivel nacional no se emplea el mismo tipo de partograma, pudiendo establecerse un sesgo en aquellos internos que procedían de sedes hospitalarias en las cuales no se utiliza el Partograma con Curva de Alerta, el cual sí es utilizado en el Hospital Nacional “Dos de Mayo”, lo cual debería reflejarse más en la aplicación para la elaboración del mismo, y no tanto en los conocimientos sobre el partograma. Esto en razón a que todos los partogramas tienen muchas coincidencias en su base teórica, y más bien se diferencian en su diseño.

No ocurre lo mismo con el puntaje basal (t_0) para los conocimientos sobre parto, que fue regular, como se aprecia en la tabla 1, esto en probable relación a que lo referido a parto es de conocimiento universal, por lo que no se presentaría el sesgo mencionado para lo referente a conocimientos sobre partograma y su aplicación para la elaboración del mismo, ya que se supone que independientemente de la sede hospitalaria donde se realizó el curso los conocimientos adquiridos deben ser uniformes.

En nuestro estudio se aprecia que a través del tiempo, y habiendo recibido el programa de capacitación los internos de medicina progresaron en los puntajes obtenidos tanto para el nivel de conocimientos de parto y partograma, como para el nivel de aplicación en la elaboración del partograma. En este último, el progreso es de muy malo a muy bueno en la mayoría, es decir desde un nivel mínimo a uno

máximo. Mientras que en el nivel de conocimientos sólo hay un progreso al nivel inmediato superior, de regular a bueno en conocimientos sobre parto, y de malo a regular en conocimientos sobre partograma. Se esperaría que los niveles de conocimientos sobre partograma hubieran llegado al límite superior, como ocurre con el nivel de aplicación para la elaboración del partograma, sin embargo un limitante a esto es la dificultad para medir conocimientos, lo cual hemos pretendido con la aplicación del cuestionario, y no así cuando se ha medido el nivel de aplicación para la elaboración del partograma ya que el interno combina los contenidos conceptuales y procedimentales de las competencias que ha adquirido.

En el campo educativo, la mayoría de las facultades y escuelas de Medicina, asociaciones nacionales e internacionales y colegios de profesionales del continente están debatiendo sobre cómo educar mejor a los futuros médicos para dar respuesta al problema de salud actual; se critica fuertemente la rigidez del curriculum, la falta de integración en las materias, el carácter pasivo de la enseñanza, la ausencia del desempeño del rol de la universidad para cumplir con sus tres funciones básicas: la docencia, la investigación y la extensión, entre muchos otros temas ²⁵. Nuestro medio no escapa a esta preocupación apreciándose también un interés creciente en la educación médica contemporánea por el perfeccionamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje, para elevar la calidad en los procesos de formación de los recursos humanos de la Salud y satisfacer las necesidades de la población ²⁶.

Sin embargo, el presente estudio siendo una muy pequeña parte de lo que se debe de enseñar en la carrera médica nos hace inferir que aunque se pretende una mayor independencia cognitiva del alumno, todavía las actividades en el aula tienen gran peso en su preparación, con predominio del método expositivo que conlleva a un aprendizaje pasivo y reproductivo. Esto indudablemente nos lleva a pensar que deben aplicarse métodos de enseñanza-aprendizaje que modifiquen la actitud de los participantes hacia una posición activa y productiva de autoestudio, autodisciplina y autocontrol, para lograr un pensamiento independiente y responsable, que los prepare para su actuación futura en el equipo de salud ²⁷.

El presente estudio con los resultados estadísticamente significativos en el cambio de los niveles de conocimiento luego de realizar la intervención mediante un

programa de capacitación, demuestra el impacto logrado utilizando un diseño de pre y post test, como ocurre cuando es utilizado dicho diseño ²⁸. Pero lo fundamental es el tipo de enfoque que se dio al proceso de enseñanza aprendizaje, el cual fue de tipo constructivista, donde coincidimos que la enseñanza tutelar logra una interacción entre el tutor y el alumno, haciendo que el aprendizaje se centre en este último ²⁹. Este enfoque del proceso enseñanza aprendizaje debería ser una forma contemporánea de aplicar los principios didácticos de la enseñanza que establecen, entre otros, la vinculación de la teoría con la práctica, de lo concreto con lo abstracto y de lo individual con lo colectivo así como el carácter consciente de la actividad del estudiante.

Sin embargo, no se puede comparar con otros tipos de enfoques del proceso enseñanza aprendizaje sobre el tema en cuestión, ya que los antecedentes de investigaciones previas son muy escasos. Además no se pretende validar el programa con los cambios estadísticamente significativos obtenidos, más aun cuando se utilizan diferentes tipos de partograma en los diversos hospitales que son sedes docentes y donde se realiza el internado médico. A pesar de ello es un comienzo para seguir investigando sobre temas de docencia aplicados a las ciencias de la salud.

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- El Programa de Capacitación Partograma con Curva de Alerta, impartido durante el año 2006, logró cambios estadísticamente significativos en el nivel de conocimientos y aplicación para la elaboración del partograma en los Internos de Medicina.
- Luego de recibir el Programa de Capacitación los Internos de Medicina afianzaron sus conocimientos sobre el parto, con un cambio de un nivel regular a bueno con $p < 0.001$ y con promedios de 6.76 ± 1.81 a 8.90 ± 1.66 .
- Luego de recibir el Programa de Capacitación los Internos de Medicina mejoraron sus conocimientos sobre el partograma, con un cambio de malo a regular-bueno con $p < 0.001$ y con promedios de 4.89 ± 1.94 a 7.64 ± 1.04 .
- Luego de recibir el Programa de Capacitación los Internos de Medicina mejoraron la aplicación para la elaboración del partograma, con un cambio de malo-muy malo a bueno-muy bueno con $p < 0.001$ y con promedios de 4.81 ± 5.41 a 18.58 ± 1.99 .

LIMITACIONES

- Es difícil medir el nivel de conocimientos sólo con un cuestionario, lo cual muchas veces no refleja el nivel alcanzado. A pesar de esto, es uno de los instrumentos más utilizados en la docencia de las carreras de ciencias de la salud.

- Debido al tipo de enseñanza que se realiza en la práctica clínica hospitalaria, los Internos de Medicina no solo recibieron la tutoría por parte del investigador, también existió una relación enseñanza aprendizaje sobre el tema con otros médicos asistentes y/o médicos residentes.

RECOMENDACIONES

- Es recomendable impartir un programa de Capacitación sobre Partograma con Curva de Alerta a los Internos de Medicina que roten por el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional “Dos de Mayo”.
- Las Facultades de Medicina deberían dar la relevancia que le corresponde al tema de “Partograma” en los silabos del curso de Obstetricia.
- Independientemente del tipo de partograma que se utilice, es recomendable que los diferentes hospitales impartan programas de capacitación a los Internos de Medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Friedman EA. The graphic analisis of labor. Am J Obstet Gynecol 1954; 68: 1568-1571.
2. Friedman EA. Primigravid labor: A graphicostatistical analysis. Am J Obstet Gynecol 1955; 6: 567-589.
3. Philpott RH. Graphic records in labour. Br Med J 1972; 4: 163-165.
4. Philpott RH, Castle WM. Cervicographs in the management of labour in primigravidae. J Obstet Gyneecol Br Commonw 1972; 79: 599-602.
5. Schwarcz R, et al. Guía para la vigilancia del parto. Boletín Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS-OMS 1987; 2: 93-96.
6. Gomez X, et al. Impacto del partograma en la atención del trabajo de parto. Salus Rev Facultad Ciencias Salud Univ Carabobo 2003; 7(2).
7. Kwast BE, et al. WHO partograph in management of labor. Lancet 1994; 343: 8910.
8. WHO. World Health Organization partograph in management of labor. Lancet 1994; 343: 1399-1404. Lancet. 1994; 344: 617.
9. Walraven GE. WHO partograph. Lancet. 1994; 344: 617.
10. MNH-USAID. Best Practices. The partograph: an essential tool for decision-making during labor. US Agency of International Development 2002.
11. World Health Organization. The application of the WHO partograph in the management of labour. Report of a WHO multi-center study 1990-91. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Geneva, 1994 (WHO document WHO/FHE/MSM/94.4).
12. Sizer AR, et al. A second stage partogram. Obstetrics and Gynecology 2000; 96: 678-83
13. Van Bogaert LJ. The multigravid partogram should it be customised? J Obstet Gynecol 2004; 24: 881-885.
14. Sharma JB, et al. Partogram presentation and obstetric decision making. Lancet 1992; 340: 8813.
15. Lavender T, et al. Managing labor using partograms with different action lines: a prospective study of women's views. Birth 1999; 26: 89-96.
16. O'Driscoll K. Prevention of prolonged labour. BMJ 1969; 2: 477-480.
17. Parra M, et al. Evaluación grafica del partograma en primigestas con manejo medico del trabajo de parto. Rev Chil Obstet Ginecol 2005; 70: 8-11.
18. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: MINSA; 2004.
19. Bloom, B.S. (Ed.) (1956) Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook I, cognitive domain. New York ; Toronto: Longmans, Green.
20. Anderson, L.W., & Krathwohl (Eds.). A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Longman, 2001.
21. Flores Bernal L. Estrategias metodológicas didácticas. En Modulo Planificación de Programas Educativos de Salud 2005, p 122-128.
22. Venturelli J. Modernización de la educación médica: ¿ilusiones inútiles o necesidad imperiosa? En Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y

- métodos. Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 N° 5. OPS/OMS, 1997. p 1-30.
23. Torres A. La enseñanza interactiva como estrategia del fortalecimiento de habilidades del docente para adultos. UNMSM 2000. En Modulo Metodología para construir el conocimiento 2005. p. 32-8.
 24. Ortiz A y Ruiz M. Importancia de la motivación y de aprender a aprender en el proceso enseñanza-aprendizaje. Didaxis Médica 2001; 4(9). En Modulo Metodología para construir el conocimiento 2005. p.29-31.
 25. Morales I, Borroto R y Fernández B. Políticas y estrategia para la transformación de la educación superior en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Educ Med Super, Mar 2005; 19 (1)
 26. Cañizares O y Sarasa N. Una propuesta didáctica ante los problemas cognoscitivos en Anatomía Humana. Rev Cubana Educ Med Super, Dic 2004; 18 (4)
 27. Camejo D y Arocha C. Evaluación del programa de estudio del diplomado Gerencia en Salud. Rev Cubana Educ Med Super, Jun 2005; 19 (2)
 28. Flores P y Diaz P. Evaluación de un programa de capacitación para el personal de Salud sobre atención y abordaje de adolescentes en La Paz, Bolivia. Rev Cubana Educ Med Super, Dic 2004; 18 (1)
 29. Lugones M, García M y Pichs L. La enseñanza tutelar y los profesores principales en el proyecto del policlínico universitario. Rev Cubana Educ Med Super, Jun 2005; 19 (2)

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO		PAGINA
A	SILABO	40
B	CUESTIONARIO INDIVIDUAL	45
C	LISTA DE CONTROL	50
D	CONSENTIMIENTO INFORMADO	52

ANEXO A : SILABO

PROGRAMA DE CAPACITACION: “PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA”

SILABO

INTERNADO EN MEDICINA HOSPITAL NACIONAL “DOS DE MAYO”

AÑO ACADEMICO: 2006

CONTENIDO:

1. ORGANIZACION
2. SUMILLA
3. COMPETENCIAS DEL ESTUDIANTE
4. PROGRAMA CANDELARIZADO
5. METODOLOGIA DEL APRENDIZAJE
6. SISTEMA DE EVALUACION
7. BIBLIOGRAFÍA
8. PROGRAMA CALENDARIZADO

1. ORGANIZACIÓN:

Durante el año académico del internado existen cuatro rotaciones de Internos de Medicina en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, cuya duración es de tres meses.

1.1	Fecha de inicio	: 1º semana de Enero, Abril, Julio y Octubre
1.2	Fecha de término	: 4º semana de Marzo, Junio, Setiembre y Diciembre
1.3	Local	: Departamento de Gineco-Obstetricia
1.4	Horas académicas teoría	: 02 horas
1.5	Horas académicas práctica	: 20 horas
1.6	Horario	: Por definir en cada rotación

2. SUMILLA:

El programa de capacitación brinda conceptos sobre el partograma. Capacita al Interno de Medicina para su elaboración correcta y oportuna.; así como para la detección de anomalías del trabajo de parto.

3. COMPETENCIAS:

- Elabora correcta y oportunamente el partograma con curva de alerta.
- Identifica las anomalías de la curva del trabajo de parto.
- Propone medidas correctivas a las anomalías del trabajo de parto.

4. PERSONAL DOCENTE:

Jorge Aparicio Ponce – *Responsable del Programa de Capacitación*
Médico Asistente del Servicio de Obstetricia

5. METODOLOGIA DEL APRENDIZAJE:

El programa de capacitación se desarrollará dentro del enfoque del constructivismo, siendo el Interno de Medicina quien elabora y construye sus propios conocimientos a partir de experiencias previas (pre requisitos) e interacciones con el tutor y con el entorno. Se aplicará el modelo de la problematización, teniendo el Interno una participación activa.

Se harán uso de herramientas didácticas tales como exposiciones dialogadas, presentación de casos clínicos, observación de situaciones clínicas, demostraciones. Se usarán maquetas.

El programa se desarrollará bajo la modalidad presencial.

Además se brindará tutoría a aquellos Internos que se detecte que no logran los avances de acuerdo al programa. Esta tutoría no se espera que sea solicitada por el Interno, sino que será dirigida según se detecte el caso mediante la evaluación continua.

6. SISTEMA DE EVALUACION:

La evaluación será de carácter permanente. Se aplicarán las siguientes modalidades:

- A) Evaluación de entrada: a través de un pre test al inicio de la capacitación.
- B) Evaluación formativa:
 - Teórica: con aplicación de ejercicios, y evaluación escrita
 - Práctica: con casos clínicos, en Sala de Partos. Será de mayor importancia.
- C) Evaluación final: a través de un post test, al finalizar la capacitación y prueba práctica.

La nota final del Programa se promediará de la siguiente forma:

➤ Evaluación escrita:	30%
➤ Evaluación Práctica:	70%
Total:	100%

7. BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

- Friedman EA. The graphic analisis of labor. Am J Obstet Gynecol 1954; 68: 1568-71.
- Friedman EA. Primigravid labor: A graphicostatistical analysis. Am J Obstet Gynecol 1955; 6: 567-89.
- WHO. World Health Organization partograph in management of labor. Lancet 1994; 343: 1399-1404.
- Schwarcz R, et al. Guía para la vigilancia del parto. Boletín Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS-OMS 1987; 2: 93-6.
- Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. MINSA2004

8. PROGRAMA CALENDARIZADO

FECHA Y HORA	CONTENIDOS	HERRAMIENTAS DIDACTICAS	MATERIALES DIDACTICOS	RESPONSABLE
I SEMANA 01 hora	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caracterización del grupo ➤ Orientación al programa ➤ Presentación del silabo <p>CONTENIDOS CONCEPTUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ “Curva normal del trabajo de parto en función al tiempo” ➤ “Cambios cervicales durante el trabajo de parto” <p>CONTENIDOS PROCEDIMENTALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establece los tiempos máximos de la curva normal del trabajo de parto. ➤ Reconoce los cambios cervicales durante el trabajo de parto. <p>CONTENIDOS ACTITUDINALES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Valora la necesidad de conocer la evolución del parto. ➤ Demuestra interés en las actividades programadas 	<p>Pre test</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ M. Vivencial: Presentación de caso clínico ➤ M. Reflexión: Lluvia de ideas ➤ M. Documentación: Exposición dialogada ➤ M. Vivencial: Demostración con maquetas ➤ M. Reflexión: Interrogación ➤ M. Documentación: Exposición dialogada 	<p>Multimedia Pizarra</p> <p>Maquetas Pizarra</p>	<p>J. Aparicio Internos</p> <p>J. Aparicio Internos</p> <p>Internos</p> <p>Internos</p>
01 hora	TUTORIA			J. Aparicio Internos

ANEXO B : CUESTIONARIO INDIVIDUAL

PROGRAMA DE CAPACITACION: PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA

NOMBRE:

UNIVERSIDAD:

Hospital donde realizó el Curso de Obstetricia:

Edad:

1. ¿Cuántos periodos tiene el trabajo de parto?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5

2. El siguiente no constituye un periodo del trabajo de parto:

- a. Puerperio inmediato
- b. Alumbramiento
- c. Expulsivo
- d. Dilatación
- e. Ninguno de los anteriores

3. Según el tiempo de duración, normalmente el periodo más largo del trabajo de parto es:

- a. Puerperio inmediato
- b. Alumbramiento
- c. Expulsivo
- d. Dilatación
- e. Ninguno de los anteriores

4. ¿Cuál de los siguientes factores, normalmente no acelera el trabajo de parto?

- a. Hidratación
- b. Posición vertical
- c. Rotura de membranas
- d. Todos
- e. Ninguno

5. ¿Cuántas fases tiene el periodo de dilatación del trabajo de parto?
- a. 5
 - b. 4
 - c. 3
 - d. 2
 - e. 1
6. ¿Cuántas sub fases tiene la fase activa del periodo de dilatación del trabajo de parto?
- a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5
7. ¿Cuál es el tiempo máximo que normalmente puede durar la fase latente del periodo de dilatación en una nulípara?
- a. 6 horas
 - b. 10 horas
 - c. 14 horas
 - d. 18 horas
 - e. 20 horas
8. ¿Cuál es el tiempo máximo que normalmente puede durar la fase latente del periodo de dilatación en una multípara?
- a. 6 horas
 - b. 10 horas
 - c. 14 horas
 - d. 18 horas
 - e. 24 horas
9. De las siguientes afirmaciones cuál de ellas es verdadera:
- a. La duración del periodo de dilatación normalmente es igual en la multípara y la nulípara.
 - b. La duración del periodo de dilatación normalmente es mayor en las nulíparas que en las multíparas.
 - c. La duración del periodo de dilatación normalmente es mayor en las multíparas que en las nulíparas.
 - d. La paridad no influye en la duración del periodo de dilatación.
 - e. Ninguna de las anteriores es verdadera.

10. ¿Cuánto es el tiempo máximo que normalmente puede durar el periodo expulsivo en una nulípara?
- a. 1 hora
 - b. 2 hora
 - c. 3 hora
 - d. 4 hora
 - e. 5 hora
11. ¿Cuánto es el tiempo máximo que normalmente puede durar el periodo expulsivo en una multípara?
- a. 1 hora
 - b. 2 hora
 - c. 3 hora
 - d. 4 hora
 - e. 5 hora
12. El partograma puede ser aplicado a aquellos partos con el siguiente tipo de presentación:
- a. Podálica
 - b. Cefálica
 - c. Hombros
 - d. Pies
 - e. Es aplicado en todas las presentaciones
13. ¿Qué utilidad tiene el partograma en la obstetricia?
- a. Detección de sufrimiento fetal
 - b. Detección de trabajo de parto disfuncional
 - c. Monitorización del trabajo de parto
 - d. a + b
 - e. Todas las anteriores
14. En cuanto al partograma con curva de alerta. ¿en que fase se comienza a construir la curva de alerta?
- a. Fase de desaceleración
 - b. Fase de aceleración
 - c. Fase latente
 - d. Fase activa
 - e. Ninguna de las anteriores

15. ¿Cuáles son las variables que influyen según el partograma con curva de alerta para seleccionar los tiempos mínimos de dilatación de los casos?
- a. Estado de las membranas fetales
 - b. Paridad
 - c. Posición de la gestante durante el trabajo de parto
 - d. Todas
 - e. Ninguna
16. ¿Cómo debe de evolucionar la curva del caso comparándola con la curva de alerta del partograma?
- a. Debe ser igual a ella
 - b. Hacia la izquierda
 - c. Hacia la derecha
 - d. Hacia arriba
 - e. Hacia abajo
17. ¿A que se llama línea cero del partograma con curva de alerta?
- a. Cuando se inicia el periodo de dilatación
 - b. Cuando se inicia la construcción de la curva de alerta
 - c. Cuando la dilatación está entre cuatro a cinco centímetros
 - d. Cuando la presentación fetal está en una altura de presentación de cero
 - e. Ninguna de las anteriores
18. ¿Qué se debe hacer cuando se detectan anomalías en el partograma?
- a. Cesárea
 - b. Inducción del trabajo de parto
 - c. Acentuación del trabajo de parto
 - d. Una nueva construcción de la curva de alerta
 - e. Reevaluar el caso para decidir el tipo de intervención a realizar
19. ¿Qué se debe hacer si durante el trabajo de parto ocurre una rotura espontánea de membranas?
- a. Cesárea
 - b. Construir una nueva curva de alerta a partir del momento de la rotura de membranas
 - c. Construir una nueva curva a partir de la línea cero
 - d. Se sigue con la misma curva de alerta
 - e. Ninguna de las anteriores

20. ¿Desde que punto se debe construir la curva de alerta si una gestante llega con una dilatación cervical de 7cm?
- a. Desde la línea cero
 - b. Desde el punto que marca la dilatación cervical de 7cm
 - c. Ya no se puede hacer la curva de alerta
 - d. Todas
 - e. Ninguna

CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTO:

De la pregunta 1 a la 11, máximo puntaje: 11 puntos

0–5 Malo
6–8 Regular
9–11 Bueno

CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTOGRAMA:

De la pregunta 12 a la 20, máximo puntaje: 09 puntos

0–3 Malo
4–6 Regular
7–9 Bueno

ANEXO C : LISTA DE CONTROL

El interno deberá identificar en el control de las pacientes las situaciones tanto normales como de riesgo para la madre y el feto.

Debe observar y registrar las características de la evolución del trabajo de parto.

APRENDIZAJE ESPERADO A EVALUAR

Deberá construir adecuadamente el partograma, realizando los controles desde que ingresa la paciente y siguiendo el protocolo del Servicio.

Deberá reconocer las situaciones que constituyan un riesgo para la madre y el feto, comunicando al inmediato superior las anomalías encontradas y planteando medidas de solución.

Deberá mantener una conducta de absoluto respeto por la paciente, por sus ideas y creencias.

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN

1. Realiza el partograma con curva de alerta de acuerdo al protocolo del Servicio.
2. Reconoce y describe situaciones especiales en la elaboración del partograma, y actúa de acuerdo a ello.
3. Reconoce y describe las situaciones de riesgo para la madre y su producto y comunica para la atención oportuna.
4. Reconoce de acuerdo al partograma, una evolución anormal del trabajo de parto (Trabajo de parto disfuncional) y comunica al inmediato superior.
5. Reconoce la importancia de un adecuado trazado del partograma.
6. Conoce los fundamentos teóricos del partograma con curva de alerta.

PUNTAJE

Indicador logrado:	2 puntos
Indicador no logrado:	0 puntos

CALIFICACION

0 a 4 puntos:	MUY MALO
5 a 8 puntos:	MALO
9 a 12 puntos:	REGULAR
13 a 16 puntos:	BUENO
17 a 20 puntos:	MUY BUENO

INDICADORES		LOGRADO	NO LOGRADO
1	Identifica claramente la hora cero para empezar a construir la curva de alerta.		
2	Identifica claramente la línea de base.		
3	Registra datos de la paciente y la hora de las evaluaciones en el espacio correspondiente.		
4	En caso de parturientas con más de 4-5 cm de dilatación al ingreso, hace coincidir la hora cero de la curva de alerta con la hora cero de la curva real.		
5	En caso de situaciones como cambio de posición de la paciente o rotura de membranas, traza una nueva curva de alerta.		
6	Conoce e identifica que en caso de realizar una nueva curva de alerta, ésta debe continuar a la anterior desde la dilatación cervical alcanzada en el momento de producirse el cambio.		
7	Registró el uso de oxitocina, fármacos o fluidos intravenosos en el espacio correspondiente, si es que se usaron.		
8	Registró las evaluaciones en el espacio correspondiente.		
9	Registró las características de las contracciones uterinas en el espacio correspondiente.		
10	En caso de situaciones de riesgo para la madre o el feto, actúa según los protocolos.		

ANEXO D : CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigador: JORGE RENATO APARICIO PONCE

Teléfono : 273-4488

Declaración del investigador:

Estamos invitándole a participar en un estudio de investigación. El propósito de este formato de consentimiento es darle información que le permita decidir si usted quiere o no participar.

Por favor lea el formato cuidadosamente. Usted puede hacer preguntas acerca del propósito de la investigación, que le pediremos que haga, los posibles riesgos y beneficios, sus derechos como participante o cualquier otra cosa acerca de la investigación que se describe en este formato y que necesite aclaración. Una vez que todas sus preguntas hayan sido contestadas, usted podrá decidir si desea participar o no. A este proceso se le llama consentimiento Informado. Le daremos una copia de este formato.

El protocolo de esta investigación ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación Biomédica del Hospital Nacional Dos de Mayo. Un Comité de Ética es un organismo que vela por los derechos de las personas que participan en un estudio de investigación y que garantiza un trato adecuado a la persona, basado en el respeto por sus derechos como paciente y como persona.

Si desea alguna aclaración, puede comunicarse con el Presidente del Comité de Ética en Investigación del Hospital Dos de Mayo, el Dr. Edwin Ramírez Rodríguez, al teléfono 3280028, anexo 8234

PROPOSITO Y BENEFICIOS

El trabajo de parto constituye la última etapa de la gestación con la cual debe culminar un largo periodo de espera materno para la obtención de un nuevo ser. A pesar que durante los nueve meses que dura el embarazo, se haya tenido un control prenatal adecuado, durante el trabajo de parto pueden presentarse complicaciones que al no ser detectadas adecuadamente pueden traer desenlaces hasta fatales tanto para la madre como para el feto.

Uno de estos instrumentos es el denominado Partograma. La OMS recomienda que el partograma debería ser usado en la monitorización de todos los

trabajos de parto para ayudar a identificar la progresión de este y a las mujeres que pudieran necesitar una posterior intervención.

En la región, en el año 1987 se adoptó el Partograma con Curva de Alerta, el cual ayuda a marcar el límite extremo (percentilo 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo en base a datos que incluyen el 90% de la totalidad de partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspasar ese límite, estén mostrando un enlentecimiento que requiere mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía.

El Médico General debe poseer el dominio de este instrumento, ya que son ellos los que controlan y asisten partos de bajo riesgo obstétrico, sin saber en que momento se puede presentar una complicación del trabajo de parto, la cual debe ser diagnosticada y referida para un tratamiento oportuno.

Por esa razón, a usted y a todos los internos del Hospital Nacional Dos de Mayo que roten por el Departamento de Ginecología y Obstetricia se les capacitará en el Partograma con Curva de Alerta.

Este estudio pretende determinar si la capacitación recibida genera en los internos una correcta y oportuna elaboración del Partograma con Curva de Alerta, así como la detección de trabajo de parto disfuncional. El análisis de los resultados, así como sus sugerencias, nos permitirá mejorar capacitaciones futuras a los internos.

PROCEDIMIENTOS

Para ello, se aplicará un cuestionario, similar al pre test, aplicado al final de la capacitación que usted recibirá al momento de iniciar su rotación, con la finalidad de verificar si los conocimientos brindados fueron captados de manera adecuada. Previo a ello, se ha observado si usted elabora correcta y oportunamente el Partograma con Curva de Alerta, y detecta el trabajo de parto disfuncional. El estudio consistirá inicialmente en un cuestionario sobre el trabajo de parto y el Partograma con Curva de Alerta. Paralelamente, durante la práctica clínica usted será observado, a fin de determinar si elabora correctamente el Partograma y detecta el trabajo de parto disfuncional. Tanto el cuestionario, como las observaciones se realizarán dos veces a lo largo de la rotación, a fin de que la información que recojamos sea realmente útil para el estudio. Usted no será avisado cuando se realice la observación, a fin de no sesgar la información recogida. Usted recibirá información adicional acerca del Partograma con Curva de Alerta, que refuercen sus conocimientos. Para nosotros es muy importante la veracidad de los datos que recogeremos, por ello le rogamos que responda el cuestionario de la manera más sincera posible.

DISCONFORT

Quisiera que usted se sienta cómodo durante la capacitación, sin presiones de ningún tipo.

OTRA INFORMACION

La información que usted ofrezca no será utilizada en su evaluación como interno, de manera que si usted desea, puede incluso, formular críticas respecto a cómo se aplica el Partograma con Curva de Alerta en nuestro Hospital, dado que esta información es confidencial, asimismo usted podría rehusarse a participar o dejar el estudio en cualquier momento, sin que eso signifique un perjuicio en el trato que se le dará en el Departamento ni mucho menos en su evaluación. Igualmente, podemos asegurarle que sus derechos como Interno de Medicina y como persona no se verán afectados en lo más mínimo.

Gracias por su participación.

.....
Jorge R. Aparicio Ponce
Ginecólogo Obstetra
CMP 26752 RNE 11129

.....
Fecha

Declaración del participante:

Este estudio me ha sido explicado. Voluntariamente he decidido participar en esta investigación. He tenido la oportunidad de hacer preguntas. Si tengo más preguntas luego acerca de la investigación podré hacerlas luego al investigador cuyo nombre está al inicio del formato. Si tengo alguna duda o me parece que mis derechos como persona o como Interno de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo están siendo lastimados, puedo llamar al Presidente del Comité de Ética en Investigaciones Biomédicas del Hospital Dos de Mayo, el Dr. Edwin Ramírez Rodríguez, al teléfono número 3280028, anexo 8234
Recibiré una copia de este consentimiento.

.....
Nombre y firma del participante

.....
Fecha

